

高齢者インフルエンザ予防接種依頼書交付申請書

(宛先) 大田区長

平成 年 月 日

・以下の注意事項を確認の上、申請してください。

被接種者	住所	大田区 蒲田5-13-14
	氏名	太田太郎
	生年月日	1912.2.17 年齢 80 歳
理由	<input checked="" type="checkbox"/> 1 老人保健施設等へ入所中のため。 2 病院へ入院中のため。 3 その他（保健所長が必要と認める場合）	
滞在地	住所	川崎市幸区 〇-〇-〇
	名称	介護老人保健施設 〇〇 電話 (044) 〇〇〇〇-〇〇〇〇
接種医療機関	住所	川崎市幸区 〇-〇-〇
	名称	〇〇クリニック 電話 (044) 〇〇〇〇-〇〇〇〇

《注意事項》

- 1 滞在地自治体の予診票を使用してください。
- 2 接種は滞在地自治体と契約した医師が行うこと。
- 3 大田区は予防接種の費用を負担いたしませんので、滞在地自治体または本人の負担による接種を行ってください。
- 4 申請者は被接種者本人もしくはそのご家族の方に限ります。

(申請者) 住所 大田区蒲田5-13-14

氏名 太田 一郎

(被接種者との続柄 長男)

電話 (03) 〇〇〇〇-〇〇〇〇

高齢者インフルエンザ予防接種依頼書交付申請書

(宛先) 大田区長

平成 年 月 日

・以下の注意事項を確認の上、申請してください。

被接種者	住 所	大田区		
	氏 名			
	生年月日		年齢	歳
理 由	1 老人保健施設等へ入所中のため。 2 病院へ入院中のため。 3 その他（保健所長が必要と認める場合）			
滞 在 地	住 所			
	名 称	電話 ( )		
接種 医療機関	住 所			
	名 称	電話 ( )		

《注意事項》

- 1 滞在地自治体の予診票を使用してください。
- 2 接種は滞在地自治体と契約した医師が行うこと。
- 3 大田区は予防接種の費用を負担いたしませんので、滞在地自治体または本人の負担による接種を行ってください。
- 4 申請者は被接種者本人もしくはそのご家族の方に限ります。

(申請者) 住 所 大田区蒲田5-13-14

氏 名 太田 太郎

(被接種者との続柄 本人)

電 話 ( )

代筆 介護老人保健施設〇〇  
 支援相談員 山田真一  
 妻・太田花子様の依頼により代筆。